

Projekt

**UCHWAŁA NR LXVIII/1923/24
RADY MIASTA KROSNA**

z dnia29 lutego..... 2024 r.

**w sprawie uchwalenia Programu wczesnego wykrywania nowotworów
jelita grubego wśród mieszkańców Miasta Krosna na 2024 rok**

Na podstawie art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2023 r. poz. 40 z późn. zm.), w związku z art. 92 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U z 2024 r., poz. 107) oraz art. 7 ust.1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146)

uchwała się, co następuje:

§ 1. Uchwala się Program wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Miasta Krosna na 2024 rok w brzmieniu określonym w załączniku do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Krosna.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Program wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Miasta Krosna na 2024 rok

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 poz. 146)

Krosno, 2024

1. **Nazwa programu:**

Program wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Miasta Krosna na 2024 rok

2. **Okres realizacji programu:** 2024 rok

3. **Autorzy programu:** dr n. o zdr. Karolina Sobczyk

dr hab. n. o zdr. Joanna Woźniak-Holecka

4. **Kontynuacja/trwałość programu:**

Opisywany program polityki zdrowotnej stanowi kontynuację programu realizowanego w latach 2022-2023, który uzyskał pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 31/2022 z dnia 10 czerwca 2022 r.

5. **Dane kontaktowe:**

Urząd Miasta Krosna

ul. Lwowska 28a

38-400 Krosno

Tel: (13) 47 43 220

e-mail: monika.szymbara@um.krosno.pl

6. **Data opracowania programu:** styczeń 2024 r.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Opis problemu zdrowotnego:	4
2. Dane epidemiologiczne:	8
3. Opis obecnego postępowania	9
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:	10
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	13
1. Cel główny:	13
2. Cel szczegółowy:.....	13
3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:	13
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	14
1. Populacja docelowa.....	14
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	15
3. Planowane interwencje:.....	16
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	19
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania	20
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	20
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	20
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	21
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	23
1. Monitorowanie	23
2. Ewaluacja	23
V. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	25
1. Koszty jednostkowe	25
2. Koszty całkowite	25
3. Źródło finansowania.....	25
Załączniki	26

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

1. Opis problemu zdrowotnego:

Nowotwory złośliwe stanowią jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych współczesnego świata, a ich liczba bezwzględna stale rośnie, co ma związek głównie z procesem starzenia się populacji oraz rosnącym rozpowszechnieniem czynników ryzyka tych chorób, związanych w dużej mierze ze stylem życia (m.in. otyłość, niska aktywność fizyczna, palenie tytoniu i spożywanie alkoholu). Dodatkowo należy podkreślić, iż szacunki epidemiologiczne wskazują na zachowanie w najbliższych latach trendu wzrostowego, zarówno w zakresie zachorowalności na raka jelita grubego, jak i umieralności z jego powodu¹. Nowotwór jelita grubego zaliczany jest wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 do grupy nowotworów złośliwych narządów układu pokarmowego. Nowotwory o tej lokalizacji są niezwykle istotnym problemem epidemiologicznym, stanowiąc w skali kraju ok. 15% zachorowań na nowotwory ogółem (w województwie podkarpackim stanowi 12,9 % zachorowań w przypadku mężczyzn i 9,2 % w przypadku kobiet) oraz pozostając przyczyną ponad 14% zgonów z przyczyn nowotworowych (w województwie podkarpackim stanowią 13,4 % zgonów w przypadku mężczyzn i 11,6 % w przypadku kobiet)².

Rak jelita grubego to nowotwór złośliwy występujący w obrębie okrężnicy (C18), zgięcia esiczo-odbytniczego (C19), odbytnicy (C20), a także odbytu i kanału odbytu (C21)³. Nowotwory o tej lokalizacji (C18-C21) znajdują się na trzecim miejscu wśród najbardziej rozpowszechnionych nowotworów złośliwych w Polsce wśród mężczyzn (11,9% ogółu w 2021 r.), po nowotworach gruczołu krokowego (C61, 21,2%), nowotworach złośliwych oskrzela i płuca (C34; 14,6%). W przypadku kobiet zajmują miejsce trzecie (9,2% ogółu), po nowotworach złośliwych sutka (C50; 24,2%) oraz nowotworach złośliwych oskrzela i płuca (C34; 9,4%). W 2021 roku odnotowano łącznie ponad 18,00 tys. nowych zachorowań na raka jelita grubego (w tym ok. 5,00% w woj. podkarpackim; 937 przypadków) oraz ok. 12,4 tys. zgonów z ich powodu (w tym ok. 4,5% w woj. podkarpackim; 541 przypadków)⁴.

¹ Uchwała nr 10 Rady Ministrów z 4 lutego 2020 w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pod nazwą „Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030” [Dz. Urz. RP poz. 189].

² Raporty Krajowego Rejestru Nowotworów z 2021 r.[onkologia.org.pl]

³ Herman R., Reguła J., Pałucki J. i in., Rak okrężnicy, W: Potemski P. i Polkowski W. (red), Nowotwory układu pokarmowego, W: Krzakowski M. i Warzocha K. (red), Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 Tom I, Via Medica 2013.

⁴ Raporty Krajowego Rejestru Nowotworów... op. cit.

Rak jelita grubego powstaje zazwyczaj na podłożu polipów gruczolakowatych. Zdecydowaną większość przypadków stanowią nowotwory sporadyczne, czynniki genetyczne dziedziczne mają udział w etiologii jedynie 5-10% przypadków⁵. Wyższe ryzyko rozwoju tego nowotworu związane jest z występowaniem w rodzinie zespołu Lyncha (HNPCC - *hereditary non-polyposis colorectal cancer*; dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością), zespołu gruczolakowatej polipowatości (FAP - *familial adenomatous polyposis*), a także zespołu Peutza-Jeghersa⁶. Istotny czynnik ryzyka rozwoju raka jelita grubego stanowi wiek – ok. 70% zachorowań występuje powyżej 65 roku życia⁷. Wśród czynników środowiskowych związanych ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na nowotwór o omawianej lokalizacji znajduje się dieta uboga w błonnik, witaminy oraz wapń, obfitująca w nasycone kwasy tłuszczowe pochodzenia zwierzęcego⁸. Wśród czynników ryzyka raka jelita grubego wymienia się również palenie tytoniu, spożywanie alkoholu oraz występowanie otyłości i/lub zespołu metabolicznego, w tym szczególnie u płci męskiej⁹. Do chorób w sposób znacząco zwiększający ryzyko zachorowania zalicza się także wrzodziejące zapalenie jelita grubego, chorobę Leśniowskiego-Crohna oraz wcześniejsze zachorowanie na raka jelita grubego¹⁰.

Objawy choroby zależne są od stopnia zaawansowania oraz lokalizacji nowotworu. Wśród najczęściej obserwowanych wymienia się: krwawienie utajone i/lub jawne, bóle brzucha, brak łaknienia, spadek masy ciała, zmianę rytmu wypróżnień, niedokrwistość, wyczuwalne guzy oraz niedrożność jelita. Ponadto w badaniach laboratoryjnych mogą występować: podwyższone stężenia CEA, niedokrwistość mikrocytarna oraz pozytywny wynik testu na obecność krwi utajonej w kale. Za podstawę diagnostyki omawianej grupy nowotworów uznaje się endoskopię (sigmoidoskopia, rektoskopia, kolonoskopia), umożliwiającą wykrycie guza, pobranie wycinków oraz kontrolę pozostałej części jelita¹¹.

Postępowanie lecznicze w raku jelita grubego również zależne jest od stopnia zaawansowania choroby oraz lokalizacji nowotworu. Terapia pacjenta może obejmować leczenie operacyjne, chemioterapię i/lub radioterapię. W przypadku raka okrężnicy leczenie

⁵ Herman R., Reguła J., Pałucki J. i in., Rak okrężnicy... op.cit.

⁶ Nowacki M et al.: Rak jelita grubego. [W:] Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych. Krzakowski M. (red.) Warszawa 2009; 423-428.

⁷ Didkowska J., Wojciechowska U., Olasek P.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2015r., Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2017.

⁸ WCRF-AICR. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Washington DC: AICR 2007.

⁹ Labianca R, Nordlinger B, Berenta GD et al.: Primary colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, adjuvant treatment and follow-up. Ann Oncol 2010; 21 (suppl 5): v70-v77.

¹⁰ Łacko A.: Rak jelita grubego, Postępy Nauk Medycznych, t. XXIV, nr 2, 2011, s. 137-145.

¹¹ Herman R., Reguła J., Pałucki J. i in., Rak okrężnicy... op.cit.

operacyjne może polegać m.in. na resekcji fragmentu jelita z regionalnymi węzłami chłonnymi, czy też resekcji stosowanej jako metoda paliatywna (przy zmianach trwale nieoperacyjnych). W niektórych przypadkach nowotworów okrężnicy oraz odbytnicy konieczne jest także wytworzenie sztucznego połączenia między światłem jelita a powłokami jamy brzusznej (stomii). W terapii raka okrężnicy, szczególnie w przypadkach II i III stopnia zaawansowania, jako leczenie uzupełniające stosowana jest chemioterapia. Metoda ta może być także stosowana jako leczenie podstawowe u pacjentów z nieoperacyjnym guzem, zlokalizowanym zarówno w okrężnicy, jak i w odbytnicy¹². Radioterapia, obok leczenia chirurgicznego, uwzględniana jest w postępowaniu terapeutycznym u pacjentów z rakiem odbytnicy. Dodatkowo metoda ta stosowana jest również jako forma terapii paliatywnej¹³.

Im wcześniej wykryty nowotwór, tym lepsze jest rokowanie. 5-letnie przeżycie w przypadku raka jelita grubego osiąga ogólnie 64% pacjentów. U chorych, u których można wykonać zabieg operacyjny z chemioterapią uzupełniającą 5-letnie przeżycia obserwuje się u około 75%. Ale już w przypadku obecności przerzutów odległych, współistniejących z nowo rozpoznanym rakiem jelita grubego, 5 lat może przeżyć jedynie 10%. Natomiast przy wczesnym wykryciu i chorobie miejscowej (bez zajęcia węzłów chłonnych i bez przerzutów) 5-letnie przeżycie osiąga aż 90% chorych. A wykrycie zmian przednowotworowych (polipy) i ich miejscowe wycięcie chroni przed powstaniem raka – i wtedy są najlepsze wyniki leczenia: brak choroby.

Należy podkreślić, iż nowotwory jelita grubego, pomimo wysokiego miejsca w strukturze zachorowalności i umieralności z powodu schorzeń onkologicznych, należą jednocześnie do nowotworów, którym w znacznej mierze można zapobiegać. Polska jest krajem, w którym na poziom umieralności z powodu nowotworów złośliwych wpływają głównie dwa zjawiska: wielkość ekspozycji na czynniki ryzyka oraz opóźnienie w stosunku do innych krajów europejskich we wprowadzaniu populacyjnych programów wczesnej diagnostyki i leczenia nowotworów, a także ich niska skuteczność populacyjna, wynikająca z ograniczonego uczestnictwa grup, do których są skierowane. Działania profilaktyczne w przypadku raka jelita grubego obejmują chemoprewencję (profilaktyka pierwotna) oraz badania przesiewowe (profilaktyka wtórna). Do pierwszej z wymienionych interwencji zaliczyć można stosowanie odpowiedniej diety (bogatej w błonnik pochodzący głównie z warzyw i owoców, witaminę B6 oraz ryby, ubogiej w czerwone mięso, uwzględniającej

¹² Ibidem.

¹³ Bujko K., Herman R., Pałucki J. i in., Rak odbytnicy, W: Potemski P. i Polkowski W. (red), Nowotwory układu pokarmowego, W: Krzakowski M. i Warzocha K. (red), Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 Tom I, Via Medica 2013.

suplementację kwasem acetylosalicylowym), podejmowanie optymalnej aktywności fizycznej, rezygnację ze spożywania alkoholu i palenia tytoniu, a także stosowanie hormonalnej terapii zastępczej u kobiet w okresie pomenopauzalnym¹⁴.

W odniesieniu do profilaktyki wtórnej należy wskazać, iż podstawowym badaniem stanowiącym niezbędny element wstępnej diagnostyki nowotworów zlokalizowanych w dolnym odcinku przewodu pokarmowego, powinno być badanie proktologiczne (per rectum). Powinno być ono bezwzględnie przeprowadzane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej u pacjentów zgłaszających dolegliwości mogące wiązać się z rakiem jelita grubego. Z kolei zasadniczym badaniem przesiewowym, stanowiącym standard postępowania diagnostycznego w przypadku raka o omawianej lokalizacji, jest badanie kolonoskopowe przebiegające z pobraniem wycinków błony śluzowej jelita. Wycinki te poddaje się badaniu histopatologicznemu, którego wynik stanowi podstawę dla postawienia ostatecznego rozpoznania. Należy w tym miejscu podkreślić, iż brak jest obecnie dostatecznych dowodów naukowych na skuteczność testu na krew utajoną w rozpoznawaniu raka jelita grubego, w związku z czym badanie to nie może decydować o rozpoznaniu choroby. Prowadzenie badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego jest niezwykle istotne, ponieważ nowotwór ten rozwija się ze zmian łagodnych, których przemiana w postać złośliwą trwa zwykle kilkanaście lat. Wykonanie u pacjenta kolonoskopii i usunięcie polipów odpowiednio wcześniej może ustrzec go przed rozwojem choroby¹⁵. Badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego prowadzone są na całym świecie, w tym także w Polsce, w ramach realizowanego od roku 2000 Programu Badań Przesiewowych Raka Jelita Grubego¹⁶, opisanego szerzej w części dot. obecnego postępowania w omawianym problemie zdrowotnym.

¹⁴ Siepsiak M., Połom A., Andrych K., Profilaktyka raka jelita grubego, *Farmacja Współczesna* 2015; 8: 1-5.

¹⁵ Ibidem.

¹⁶ Dane Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie [pbp.org.pl].

2. Dane epidemiologiczne:

Wiodący problem współczesnych systemów ochrony zdrowia, jak już zaznaczono w opisie problemu zdrowotnego, stanowią nowotwory złośliwe, wśród których znajduje się rak jelita grubego, rozpoznawany w skali globalnej u ok. 1 miliona osób rocznie oraz stanowiący przyczynę zgonu ok. 500 tys. pacjentów rocznie. Nowotwór ten występuje z największym rozpowszechnieniem w krajach Ameryki Północnej, Australii, Nowej Zelandii oraz części krajów europejskich, co ma związek z występowaniem wśród czynników ryzyka, zachowań związanych z tzw. „zachodnim stylem życia”¹⁷. Wskaźniki zachorowalności i umieralności na raka jelita grubego w krajach Europy Zachodniej i Północnej pozostają na zbliżonym poziomie. W przypadku Europy Wschodniej natomiast zauważalny jest wyraźny deficyt efektywnych metod leczenia osób chorych na raka jelita grubego - umieralność w tym regionie pozostaje na poziomie wyraźnie wyższym niż w Europie Zachodniej, pomimo występowania znacząco niższej zachorowalności¹⁸.

Zachorowalność na raka jelita grubego w Polsce w ciągu ostatnich 30 lat systematycznie wzrasta - w początkach lat 80-tych XX wieku wynosiła poniżej 10/100 tys. ludności, natomiast w roku 2021 sięgała już ponad 20/100 tys. ludności. Nowe przypadki zdecydowanie najczęściej diagnozowane są w populacji osób w wieku 60-64 lata, jednakże zachorowalność utrzymuje się na zbliżonym wysokim poziomie także w grupie między 65 a 85 rokiem życia. Podobna sytuacja ma miejsce w przypadku umieralności z powodu raka jelita grubego¹⁹.

W 2021 roku w województwie podkarpackim odnotowano 4294 zgonów z powodu nowotworów złośliwych, w tym 2395 u mężczyzn i 1899 u kobiet. W stosunku do 2011 roku w 2021 odnotowano wzrost liczby zgonów, zarówno u mężczyzn jak i u kobiet. Odpowiednio dla mężczyzn – 107 zgonów co stanowi 4,7% i dla kobiet – 266 zgonów co stanowi 16,3%. W 2021 roku najczęstszymi przyczynami zgonów nowotworowych u mężczyzn były nowotwory: płuca (21,6%), jelita grubego (13,4%) gruczołu krokowego (12,4%), żołądka (6,7%), pęcherza moczowego (5,1%) i trzustki (4,1%). Zgony z wymienionych przyczyn stanowiły 63,1% wszystkich zgonów nowotworowych w populacji mężczyzn. Najwyższy wskaźnik umieralności odnotowano w przedziale wiekowym 65+ (1171,5/100 tys.), najniższy natomiast w grupie 0-19 (0,9/100 tys.). U kobiet najczęstszą przyczyną zgonów z powodu

¹⁷ L. Herszényi, Z. Tulassay. Epidemiology of gastrointestinal and liver tumors. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences* 2010;14: 249-258.

¹⁸ Dane International Agency for Research on Cancer [gco.iarc.fr.; dostęp: 11.12.2020].

¹⁹ J. Didkowska, U. Wojciechowska. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej – Curie [onkologia.org.pl].

nowotworu były: piersć (15,5%), płuco (12,7%), jelito grube (11,6%), jajnik (6,5%), trzon macicy (5,7%), trzustka (5,5%) i żołądek (4,7%). Przyczyny te stanowiły 62,4% wszystkich zgonów nowotworowych u kobiet. Najwyższy wskaźnik umieralności odnotowano w grupie wiekowej powyżej 65 roku życia (641,0/100 tys.), najniższy zaś w przedziale 0-19 (2,4/100 tys.)²⁰.

3. Opis obecnego postępowania

Pacjenci dotknięci problemem nowotworu jelita grubego mają prawo do korzystania ze świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia ambulatoryjnego oraz stacjonarnego, rehabilitacji leczniczej oraz lecznictwa uzdrowiskowego. Świadczenia te finansowane są ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Osoby z podejrzeniem choroby onkologicznej oraz ze stwierdzonym nowotworem od roku 2015 mogą korzystać z tzw. szybkiej terapii onkologicznej, zapewniającej kompleksową opiekę na każdym etapie choroby²¹. Ponadto w opiece ambulatoryjnej gwarantuje się pacjentom onkologicznym m.in. prawo do korzystania ze specjalistycznej porady w zakresie onkologii, leczenia bólu oraz chirurgii onkologicznej²². Rehabilitacja lecznicza obejmować może w takich przypadkach świadczenia realizowane w warunkach ambulatoryjnych (poradnie rehabilitacyjne), domowych, dziennych (ośrodki/oddziały dzienne rehabilitacji) lub stacjonarnych (oddziały rehabilitacji w warunkach szpitalnych²³. Pacjenci z chorobą nowotworową mogą również korzystać ze świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, stanowiącego integralny element profilaktyki wtórnej²⁴. Chorzy na nowotwór jelita grubego mogą być kierowani do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego świadczących usługi w ramach profilu chorób układu trawiennego, po upływie co najmniej 12 miesięcy od zakończenia leczenia operacyjnego, CTH lub RTH²⁵.

Na poziomie krajowym problematyka chorób nowotworowych podjęta została w postaci Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020 - 2030 (NSO)²⁶. Celem Programu jest zwiększenie poziomu zgłaszalności na badania przesiewowe oraz poprawa jakości badań

²⁰ A. Patro, K. Koziół, dr n. med. Janusz Ławiński. Nowotwory Złośliwe w Województwie Podkarpackim w 2021 roku. Rzeszów 2023.

²¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz. U. 2022 poz. 2561 z późn zm.].

²² Ibidem.

²³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2013 poz. 1522).

²⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. 2015 poz. 2027].

²⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego [Dz.U. 2012 poz. 14].

²⁶ Uchwała nr 10 Rady Ministrów z 4 lutego 2020 w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pod nazwą „Narodowa Strategia Onkologiczna” na lata 2020–2030” [Dz. Urz. RP poz. 189].

(Inwestycje w pacjenta, prewencja wtórna – Poprawa skuteczności profilaktyki wtórnej). Wśród działań NSO znalazły się: zwiększenie zaangażowania zespołów POZ i medycyny pracy w poprawę zgłaszalności na badania przesiewowe, zaangażowanie Centrów Zdrowia Publicznego do aktywnego zapraszania Polaków na badania przesiewowe, wypracowanie efektywnych metod uświadamiania Polakom konieczności i korzyści z realizacji badań przesiewowych, rozszerzenie zakresu i wprowadzenie nowych metod badań przesiewowych oraz poprawa jakości realizowanych w Polsce badań przesiewowych.

W odniesieniu do wtórnej profilaktyki onkologicznej na uwagę zasługuje przede wszystkim Ogólnopolski Program Badań Przesiewowych raka jelita grubego (PBP), mający na celu stopniowe zwiększanie liczby badań kolonoskopowych w populacji docelowej. Program realizowany jest od roku 2000. Do badań profilaktycznej kolonoskopii od IV kwartału 2022 roku w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia kwalifikują się osoby:

- bez objawów klinicznych sugerujących nowotwór jelita grubego,
- które nie miały wykonanej kolonoskopii w przeciągu ostatnich 10 lat,

oraz spełniają kryterium wiekowe;

- 50-65 lat lub
- 40-49 lat posiadające krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano nowotwór jelita grubego.

Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025²⁷ nie zawiera w swoich celach i działaniach bezpośrednich odniesień do chorób nowotworowych układu pokarmowego, jednakże jego cele operacyjne nawiązują do wymienionych już w niniejszym dokumencie czynników ryzyka tych schorzeń, w tym m.in. do²⁸: otyłości (cel operacyjny 1), palenia tytoniu oraz spożywania alkoholu (cel operacyjny 2), czy wieku (cel operacyjny 5).

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu:

Choroba nowotworowa w sposób istotny wpływa na obniżenie jakości życia pacjenta, a także pogorszenie stanu jego zdrowia, w tym obniżenie sprawności fizycznej i w konsekwencji ograniczenie w wykonywaniu czynności życia codziennego. Działania zaproponowane w Programie pozwolą na wczesne wykrycie zmian w obrębie jelita grubego, co w konsekwencji przełoży się na zmniejszenie ryzyka rozwoju nowotworu w przypadku

²⁷ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

²⁸ Ibidem.

wykrycia polipów gruczolakowatych (zmian przedrakowych) lub zwiększy efektywność leczenia w przypadku wykrycia nowotworu we wczesnym stadium zaawansowania.

Na niedostateczne działania w zakresie profilaktyki nowotworów jelita grubego w skali kraju wskazuje w swoim raporcie Najwyższa Izba Kontroli (NIK). NIK zwraca uwagę przede wszystkim na niewielki odsetek osób objętych badaniami przesiewowymi w celu wykrycia raka jelita grubego, pomimo niezaprzeczalnych danych o wysokiej efektywności tego typu działań²⁹.

Analiza wyników z dotychczasowej realizacji programu w Krośnie, finansowanego przez samorząd wskazuje, że kontynuowanie tego typu działań jest niezbędne. W latach 2022 – 2023 programem objęto 227 osób, z czego u 192 wykonano kolonoskopię. W ramach programu nowotwór złośliwy jelita grubego stwierdzono w badaniu histopatologicznym u 1 pacjenta, natomiast u 57 osób wykryto polipy gruczolakowate jelita grubego. Zgłaszalność do Programu była bardzo duża, ponad 30 % osób nie zakwalifikowało się ze względu na niewystarczającą ilość zaplanowanych badań. Świadczy to o bezwzględnej potrzebie realizacji przedmiotowego programu.

Ponadto należy podkreślić, iż zaplanowany program wpisuje się w krajowe i lokalne strategie zdrowotne, ponieważ jego zakres jest zgodny z:

- Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych³⁰:
 - *Priorytet 1: Zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu:*
 - b) *nowotworów złośliwych;*
- Narodowym Programem Zdrowia na lata 2021-2025³¹:
 - *Cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne;*
- Narodową Strategią Onkologiczną na lata 2020–2030³²:
 - *Cel: Inwestycje w pacjenta, prewencja wtórna – Poprawa skuteczności profilaktyki wtórnej;*
- Wojewódzkim planem transformacji dla województwa podkarpackiego na lata 2022-2026³³:

²⁹ Informacje o wynikach kontroli NIK, Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia, KZD.430.007.2016

³⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469].

³¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

³² Uchwała nr 10 Rady Ministrów z 4 lutego 2020 w sprawie przyjęcia programu... op. cit.

³³ Wojewódzki plan transformacji dla województwa podkarpackiego na lata 2022-2026 [bip.rzeszow.uw.gov.pl]

Program wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Miasta Krosna
na 2024 rok

- *Obszar działań czynniki ryzyka i profilaktyka: Zwiększanie świadomości w zakresie konieczności uczestnictwa w badaniach profilaktycznych.*

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny:

Zwiększenie skuteczności wczesnego wykrywania polipów gruczolakowatych oraz nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Miasta Krosna z populacji docelowej poprzez działania informacyjno-edukacyjne oraz wykonywanie badań przesiewowych w populacji co najmniej 101 osób w wieku 50-75 lat niezależnie od wywiadu rodzinnego lub w wieku 25-49 lat z obciążonym wywiadem rodzinnym w 2024 roku.

2. Cel szczegółowy:

Zwiększenie wiedzy w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej raka jelita grubego, w tym czynników ryzyka jego powstawania oraz wczesnych objawów, u co najmniej 30% osób uczestniczących w konsultacjach lekarskich oraz wypełniających pre-test i post-test, poprzez działania edukacyjne realizowane w 2024 roku.

3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:

- 1) Odsetek osób, u których uzyskano wzrost wiedzy na temat profilaktyki chorób nowotworowych w związku z realizowaną w trakcie konsultacji lekarskiej edukacją zdrowotną
- 2) Liczba wykrytych polipów gruczolakowatych jelita grubego
- 3) Liczba wykrytych i potwierdzonych histopatologicznie nowotworów jelita grubego
- 4) Stopnie zaawansowania histopatologicznego nowotworu w momencie wykrycia

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do mieszkańców Miasta Krosna bez objawów potencjalnie mogących wskazywać na nowotwór jelita grubego, u których w ciągu ostatnich 10 lat nie wykonywano badania kolonoskopowego. Najliczniejszą grupę będą stanowiły osoby w wieku 50-75 lat. Wśród mieszkańców z młodszych grup wiekowych w Programie udział będą mogły wziąć osoby w wieku 25-49 lat pochodzące z rodziny HNPCC (występujący w rodzinie zespół Lyncha tj. dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością) lub FAP (rodzinna polipowatość gruczolakowata), posiadające potwierdzenie tego faktu z poradni genetycznej, a także osoby w wieku 40-49 lat posiadające w rodzinie przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) chorującego na raka jelita grubego.

Na dzień 31 grudnia 2023 r. Miasto Krosno zamieszkiwało ok. 43,1 tys. osób, w tym ok. 15,1 tys. osób w wieku 50-75 lat, ok. 7 tys. osób w wieku 40-49 lat oraz ok. 15,6 tys. osób w wieku 25-49 lat. W związku z ograniczonym dostępem do szczegółowych danych epidemiologicznych niemożliwym jest oszacowanie populacji osób w wieku 25-49 lat z dodatnim wywiadem rodzinnym w kierunku HNPCC, FAP lub raka jelita grubego u co najmniej jednego krewnego pierwszego stopnia. Aby nie pomijać tych osób podczas próby oszacowania całej populacji docelowej w Programie uznano, iż stanowić będzie ona ok. 15,5 tys. osób (w tym 15,1 tys. osób w wieku 50-75 lat oraz ok. 0,4 tys. osób z młodszych grup wiekowych ze wskazanym wyżej obciążeniem rodzinnym).

Średnia zgłaszalność na badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego, zgodnie z danymi za rok 2017 pochodzącymi z Programu Ogólnopolskiego, wynosi 12,9%³⁴. W związku z powyższym populację docelową zainteresowaną wzięciem udziału w Programie zaplanowanym do realizacji przez Urząd Miasta Krosna oszacowano na poziomie ok. 2 tys. osób. Badania przesiewowe w programie (etap II) w 2024 roku obejmą swoim zasięgiem 101 uczestników, a więc ok. 5,05 % populacji docelowej. Oszacowania populacji docelowej dokonano z uwzględnieniem możliwości finansowych Miasta Krosna, możliwości organizacyjnych podmiotów wykonujących badania kolonoskopowe na terenie miasta, a także doświadczeń z realizacji badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego w latach poprzednich.

³⁴ Dane Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie... op. cit.

2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

1) Etap I - Konsultacja lekarska realizowana przez lekarza specjalistę:

a. Kryteria włączenia:

- wiek:
 - 25-49 lat - w przypadku osób pochodzących z rodziny HNPCC lub FAP, zgodnie z potwierdzeniem z poradni genetycznej,
 - 40-49 lat - w przypadku osób, które miały w rodzinie przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) z rakiem jelita grubego,
 - 50-75 lat – w przypadku nie wymienionych wyżej osób,
- zamieszkiwanie na terenie Miasta Krosna,
- polskie obywatelstwo,
- pisemna zgoda pacjenta na dobrowolny udział w programie.

b. Kryteria wyłączenia:

- leczenie z powodu nowotworu jelita grubego w wywiadzie,
- kolonoskopia wykonywana w ciągu ostatnich 10 lat przed zgłoszeniem się do Programu,
- otrzymanie w ciągu ostatnich 6 miesięcy imiennego zaproszenia do udziału w Ogólnopolskim Programie Badań Przesiewowych Raka Jelita Grubego.

2) Etap II – Badanie przesiewowe (kolonoskopia diagnostyczna)

a. Kryteria włączenia:

- wiek:
 - 25-49 lat - w przypadku osób pochodzących z rodziny HNPCC lub FAP, zgodnie z potwierdzeniem z poradni genetycznej,
 - 40-49 lat - w przypadku osób, które miały w rodzinie przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) z rakiem jelita grubego,
 - 50-75 lat – w przypadku nie wymienionych wyżej osób,
- zamieszkiwanie na terenie Miasta Krosna,
- polskie obywatelstwo,
- kwalifikacja do wykonania kolonoskopii (podczas konsultacji lekarskiej),
- pisemna zgoda pacjenta na wykonanie kolonoskopii.

b. Kryteria wyłączenia:

- leczenie z powodu nowotworu jelita grubego w wywiadzie,
- kolonoskopia wykonywana w ciągu ostatnich 10 lat przed zgłoszeniem się do Programu
- otrzymanie w ciągu ostatnich 6 miesięcy imiennego zaproszenia do udziału w Ogólnopolskim Programie Badań Przesiewowych Raka Jelita Grubego,
- występowanie objawów potencjalnie mogących wskazywać na nowotwór jelita grubego, w tym m.in. krwawienie z przewodu pokarmowego, biegunka lub zaparcie o nieznannej przyczynie pojawiające się w ciągu ostatnich kilku miesięcy, chudnięcie lub anemia bez znanej przyczyny (stwierdzone podczas konsultacji lekarskiej),
- przeciwwskazania do wykonania kolonoskopii, w tym m.in. duży tętniak aorty, niedawno przebyty zawał serca, zator płucny, ciężkie zapalenie płuc, podejrzenie perforacji jelita, niedrożność mechaniczna jelita, ciąża w II lub III trymestrze (stwierdzone podczas kwalifikacji lekarskiej).

3. Planowane interwencje:

1) Akcja informacyjno-edukacyjna adresatów programu:

- realizowana za pomocą metod podających (ulotki/plakaty informacyjne, informatory dla pacjentów, publikacje w mediach) w wybranych podmiotach leczniczych oraz Urzędzie Miasta Krosna,
- prowadzona przez Realizatora w ramach współpracy z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, innymi podmiotami leczniczymi, organizacjami pozarządowymi, a także z lokalnymi mediami (radio, prasa, media społecznościowe),
- prowadzona podczas konsultacji lekarskich przed wykonywaniem badań przesiewowych oraz podczas zapisów do programu przez przeszkolone pielęgniarki.

2) Etap I - Konsultacja lekarska realizowana przez lekarza specjalistę przy współudziale pielęgniarki, obejmująca:

- uzyskanie od pacjenta zgody na udział w Programie,
- badanie podmiotowe (wywiad lekarski) oraz przedmiotowe (w tym badanie per rectum),
- edukację zdrowotną pacjenta w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej raka jelita grubego (w tym w zakresie czynników ryzyka i wczesnych objawów choroby), a także poinformowanie o pozytywnych skutkach podejmowania działań profilaktycznych i leczniczych oraz negatywnych w przypadku braku ich podejmowania wraz z

badaniem poziomu wiedzy uczestników przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu na początku wizyty oraz post-testu na zakończenie wizyty, uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych),

- kwalifikację do Programu na podstawie kwestionariusza ankiety (załącznik 1),
- przekazanie informacji o sposobie przygotowania się do badania kolonoskopowego,
- przekazanie pacjentowi zakwalifikowanemu do badania preparatu do oczyszczenia jelit wraz z instrukcją przygotowania;

Należy zaznaczyć, że liczba osób, u których zostanie wykonana konsultacja lekarska kwalifikująca do badania przesiewowego może być zwiększona o 20%, w relacji do liczby osób biorących udział w II etapie Programu, co pozwoli na poprawę dostępności do działań i objęcie interwencjami zaplanowanej liczby pacjentów.

3) Etap II - Badanie przesiewowe (kolonoskopia diagnostyczna, w tym w razie potrzeby kolonoskopia z biopsją, kolonoskopia z polipektomią), obejmujące:

- uzyskanie od pacjenta zgody na wykonanie badania kolonoskopowego,
- wykonanie kolonoskopii w sedacji lub znieczuleniu ogólnym, w tym z możliwością pobrania wycinków do oceny histopatologicznej,
- wydanie pacjentowi wyników badania lub poinformowanie o terminie odbioru wyniku,
- wydanie zaleceń lekarskich na piśmie odnoszących się do dalszego postępowania, w tym:
 - w przypadku nieprawidłowego wyniku skierowanie pacjenta na dalszą diagnostykę i/lub leczenie poza programem wraz ze wskazaniem konkretnej placówki medycznej posiadającej umowę z NFZ,
 - w razie konieczności wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.
- przekazanie ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik 4).

3.1. Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w ramach Programu interwencje znajdują odzwierciedlenie w rekomendacjach ekspertów. Prowadzenie badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego rekomendowane jako efektywna metoda profilaktyki wtórnej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), a także następujące towarzystwa naukowe:

- Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej (PTOK),
- Polskie Towarzystwo Onkologiczne (PTO),

- American College of Gastroenterology (ACG),
- New Zealand Guidelines Group.

Analiza wytycznych wskazuje, że za najlepszą obecnie metodę wykrywania nowotworu jelita grubego uznaje się kolonoskopię, jako formę skriningu jednostopniowego. Wśród zalet tej metody wymienia się m.in. możliwość wykrycia zarówno raków, jak i gruczolakoraków, a także możliwość wykonywania badania w przedziale czasowym co 10 lat, a w niektórych przypadkach nawet raz w życiu. Wśród alternatywnych metod diagnostycznych znajdują się m.in. badanie kału na krew utajoną metodą immunologiczną (wykonywane co 2 lata) oraz sigmoidoskopia (wykonywana co 5 lat), jednakże badania te mogą być wykonywane w ramach skriningu dwustopniowego, w którym drugi etap stanowi zawsze wykonanie kolonoskopii. Badanie proktologiczne (per rectum) nie należy do badań przesiewowych, jednakże może być przydatne przy ocenie występowania wskazań lub potencjalnych przeciwwskazań do wykonania badania kolonoskopowego³⁵.

Większość rekomendacji zaleca wykonywanie kolonoskopii po 50 r.ż. w populacji bezobjawowej, natomiast Amerykańskie Towarzystwo Gastroenterologii jako górną granicę do wykonania rutynowego badania przesiewowego wskazuje na 75 lat, co ma niewątpliwie związek z wyższym ryzykiem wystąpienia powikłań u osób starszych. Za rozpoczęciem badań przesiewowych wieku 50 lat przemawia natomiast relatywnie niewielkie ryzyko rozwoju istotnej klinicznie dysplazji w wieku młodszym³⁶. Wybór populacji docelowej w niniejszym programie oparto na wskazanych wyżej rekomendacjach, a także doborze populacji docelowej w Ogólnopolskim Programie Badań Przesiewowych Raka Jelita Grubego.

W roku 2014 przy współpracy gremium ekspertów (m.in. Polskie Towarzystwo Onkologiczne, Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej, Polska Unia Onkologii) opracowany został dokument pn. „Strategia Walki z Rakiem w Polsce 2015-2024”³⁷. Cel 18 tego dokumentu odnosi się do zwiększania skuteczności badań przesiewowych w kierunku jelita grubego. Drogą to osiągnięcia tego celu jest edukacja osób z populacji docelowej w zakresie ryzyka zachorowania na raka jelita grubego oraz skuteczności badań przesiewowych, zwiększenie udziału osób uczestniczących w programie przesiewowej kolonoskopii, a także poprawa wskaźników jakości przesiewowej kolonoskopii. Kilka lat

³⁵ Biała Księga - Zwalczenie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce na tle wybranych krajów europejskich, Analiza zasobów systemu opieki onkologicznej i czynników warunkujących sukces, Raport powstały pod patronatem PTO, Ośrodek Analiz Uniwersyteckich Sp. z o.o, Warszawa 2011.

³⁶ Hongha T. Vu, MD, Carol A. Burke, MD, Postęp w badaniach przesiewowych w kierunku raka jelita grubego, *Advances in Colorectal Cancer Screening Current Gastroenterology Reports* 2009; 11: 406-412.

³⁷ Strategia Walki z Rakiem w Polsce 2015-2024, 10.06.2014r. [pto.med.pl].

wcześniej, w roku 2011, pod patronatem Polskiego Towarzystwa Onkologicznego opracowano tzw. „Zieloną Księgę” tj. dokument pn. „Druga Księga – Zwalczenie raka piersi i raka jelita grubego w Polsce”³⁸. Do zwiększania skuteczności profilaktyki wtórnej raka jelita grubego odnosi się cel szczegółowy 2 tego opracowania. Także ten dokument odnosi się do konieczności prowadzenia skutecznych i uzasadnionych kosztowo działań edukacyjnych dotyczących zwalczania raka jelita grubego, monitorowania zgłaszalności i dokonywania oceny czynników determinujących zgłaszalność na badania przesiewowe, wypracowania skutecznych metod zapewniania uczestniczenia w badaniach przesiewowych oraz skutecznych narzędzi utrzymania wysokiej jakości badań przesiewowych. Zaplanowane w ramach niniejszego programu interwencje wpisują się w cele i działania obu wymienionych wyżej dokumentów strategicznych.

Efektywność prowadzenia badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego potwierdzona została w licznych badaniach naukowych. Rozwój tego nowotworu rozpoczyna się zazwyczaj bezobjawowo, a leczenie w przypadku wczesnego wykrycia pozwala na osiągnięcie dobrych rezultatów, co stanowi główne przesłanki uzasadniające konieczność wykonywania badań skринingowych. Postawiona odpowiednio wcześnie diagnoza zwiększa szansę na wyzdrowienie pacjentów oraz pozwala na zmniejszenie obciążenia finansowego systemu ochrony zdrowia. Również NIK w swoim raporcie podkreśla konieczność zwiększania efektywności systemu badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego w Polsce, w tym głównie w związku z obserwowaną wysoką skutecznością tego typu działań. Analiza danych NFZ, dotyczących pacjentów z rozpoznaniem w latach 2010-2012 rakiem jelita grubego wykazała, że na koniec 2015 r. żyło 76,9% pacjentów, u których rozpoznano raka jelita grubego podczas badań przesiewowych i jedynie 47,1% pacjentów, u których rozpoznanie nastąpiło w innym trybie³⁹.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Konsultacje lekarskie oraz badania przesiewowe w programie będą realizowane co najmniej raz w tygodniu w trybie ambulatoryjnym w wybranym w drodze konkursu podmiocie leczniczym, udzielającym świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. O kwalifikacji do programu będzie decydować brak przeciwwskazań do udziału w programie stwierdzony podczas konsultacji lekarskiej oraz uzyskanie zgody uczestnika na udział w programie, w tym wykonanie badań przesiewowych (kolonoskopii

³⁸ Druga Księga - Zwalczenie raka piersi i raka jelita grubego w Polsce, Strategia działania dla poprawy skuteczności zwalczania obu nowotworów w rekomendacji PTO, Ośrodek Analiz Uniwersyteckich Sp. z o.o., Warszawa-Kraków 2011.

³⁹ Informacje o wynikach kontroli NIK, Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia... op. cit.

diagnostycznej). W ramach akcji informacyjnej mieszkańcom z populacji docelowej przekazane zostaną dane teleadresowe realizatora programu. Konsultacje lekarskie oraz badania przesiewowe w ramach programu będą umawiane telefonicznie oraz osobiście w siedzibie realizatora.

5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

W przypadku braku stwierdzonych nieprawidłowości w zakresie stanu zdrowia na podstawie przeprowadzonej konsultacji lekarskiej z badaniem proktologicznym oraz badania przesiewowego uczestnik programu odbiera wynik badania i kończy udział w programie.

W przypadku stwierdzonych nieprawidłowości w zakresie stanu zdrowia na podstawie przeprowadzonej konsultacji lekarskiej z badaniem proktologicznym oraz badania przesiewowego uczestnik programu:

- odbiera wynik badania kolonoskopowego,
- otrzymuje od lekarza specjalisty zalecenia co do dalszego postępowania,
- wg wskazań indywidualnych otrzymuje skierowanie na dalszą diagnostykę i/lub leczenie w ramach NFZ wraz ze wskazaniem adresu najbliższych podmiotów realizujących tego typu świadczenia,
- kończy udział w programie.

Organizator dopuszcza zakończenie programu na każdym jego etapie na życzenie uczestnika. W przypadku takiej decyzji, po konsultacji lekarskiej, a przed wykonaniem badania przesiewowego, uczestnik zostaje poinformowany o konsekwencji rezygnacji z zalecanej interwencji profilaktycznej.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

- 1) opracowanie projektu programu (I kwartał 2024r.);
- 2) uchwalenie programu przez Radę Miasta Krosna (I kwartał 2024 r.)
- 3) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu leczniczego, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (I kwartał 2024);
- 4) podpisanie umowy na realizację programu (I-II kwartał 2024);
- 5) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2024);

- akcja informacyjno-edukacyjna,
- konsultacje lekarskie z badaniami proktologicznymi kwalifikujące do badań przesiewowych,
 - badania przesiewowe (kolonoskopie diagnostyczne),
 - analiza kwartalnych sprawozdań dot. zgłaszalności do programu przekazywanych koordynatorowi przez realizatora;
- 6) ewaluacja (I kwartał 2025):
 - analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
 - analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety kierowanej do uczestników programu,
 - ocena efektywności prowadzonych działań na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności;
- 7) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2025).

2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Koordynatorem programu będzie Urząd Miasta Krosna. Realizatorem w programie będą wyłonione w drodze konkursu ofert podmioty lecznicze, spełniające następujące wymagania formalne:

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991 z późn zm.);
- spełnianie wymogów lokalowych, sprzętowych i kadrowych, wynikających z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 poz. 357) – załącznik nr 2, część II Badania endoskopowe, warunki realizacji świadczeń: fiberokolonoskopia oraz kolonoskopia z biopsją;
- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w programie wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym lekarzy specjalistów w dziedzinie gastroenterologii, chorób wewnętrznych, chirurgii, chirurgii ogólnej lub chirurgii onkologicznej, posiadających udokumentowane potwierdzenie umiejętności wykonywania określonych badań endoskopowych przewodu pokarmowego;

- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Podmiot realizujący badania przesiewowe w Programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1 i 2), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 4). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi raporty okresowe (załącznik 3), a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie jest zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2023 r. poz. 1545), ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2023 r. poz. 2465), a także ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1781).

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu prowadzona na podstawie sprawozdań Realizatora w określonych przez Koordynatora okresach sprawozdawczych (załącznik 3):

- ocena liczby osób wykluczonych z udziału w programie z powodu niespełnienia kryteriów kwalifikacji,
- ocena liczby osób z populacji docelowej, które zgłosiły się do Realizatora i odbyły konsultację lekarską,
- ocena liczby osób z populacji docelowej, wśród których podjęto działania edukacyjne,
- ocena liczby osób z populacji docelowej, u których wykonano badanie przesiewowe (kolonoskopię diagnostyczną, w tym kolonoskopię z biopsją i/lub polipektomią),
- ocena liczby osób niezakwalifikowanych do programu w związku z brakiem konieczności wykonania badań przesiewowych,
- ocena liczby osób, które z własnej woli zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego realizacji;

2) Ocena jakości świadczeń w programie:

- całoroczna analiza wyników ankiety satysfakcji pacjenta skierowanej do uczestników programu (załącznik 4);
- bieżąca analiza pisemnych uwag przekazywanych przez uczestników do Koordynatora programu.

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu – coroczna oraz końcowa prowadzona w oparciu o dane dotyczące:

- liczby osób z podejrzeniem nowotworu skierowanych na dalszą diagnostykę i/lub leczenie w ramach finansowania przez publicznego płatnika,
- liczby wykrytych polipów gruczolakowatych jelita grubego,
- liczby wykrytych i potwierdzonych histopatologicznie nowotworów jelita grubego,
- stopni zaawansowania histopatologicznego nowotworów w momencie ich wykrycia,

- liczby osób, wśród których nie zweryfikowano podejrzeń zmian nowotworowych,
- odsetka osób, u których uzyskano wzrost wiedzy na temat profilaktyki chorób nowotworowych w związku z realizowaną w trakcie konsultacji lekarskiej edukacją zdrowotną,
- ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu.

Należy zaznaczyć, że ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu ze stanem po jego zakończeniu, natomiast rzeczywistą efektywność realizacji programu ocenić będzie można dopiero w perspektywie wieloletniej w oparciu o dane epidemiologiczne dotyczące wskaźników zachorowalności i umieralności z powodu nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Miasta Krosna.

V. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

- 100zł – koszt konsultacji lekarskiej wraz z badaniem proktologicznym oraz kwalifikacją do badania przesiewowego w etapie II
- 500zł - koszt badania przesiewowego (kolonoskopia diagnostyczna w sedacji lub znieczuleniu ogólnym z możliwością pobrania wycinków do badania histopatologicznego)
- 2 500zł – akcja informacyjno-edukacyjna
- 1 200 – koszt monitoringu i ewaluacji

2. Koszty całkowite

Tab. III. Koszty całkowite w podziale na podgrupy docelowe

Lp.	Rok realizacji PPZ	2024
1	Szacunkowa liczba konsultacji lekarskich z badaniem proktologicznym (etap I)	108
2	Koszt cząstkowy za interwencje w etapie I (100zł x poz. 1)	10 800
3	Szacunkowa liczba badań przesiewowych - kolonoskopii diagnostycznych (etap II)	101
4	Koszt cząstkowy za interwencje w etapie II (500zł x poz. 3)	50 500
5	Koszt cząstkowy akcji informacyjno-edukacyjnej	2 500
6	Koszt monitoringu i ewaluacji	1 200
7	Koszt całkowity (poz. 2 + poz. 4 + poz. 5 + poz. 6)	65 000

3. Źródło finansowania

Program w całości finansowany ze środków własnych Miasta Krosna.

Załączniki

Załącznik 1

Kwestionariusz ankiety kwalifikujący do uczestnictwa w „Programie wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Miasta Krosna w 2024 roku” (wzór)

Płeć (K/M)		Data przeprowadzenia wywiadu kwalifikującego / / (dzień/miesiąc/rok)
Wiek		
Imię		
Nazwisko		
Nr badania		

Oświadczam, że:

- w ciągu ostatnich 10 lat nie wykonywano u mnie badania kolonoskopowego
- w ciągu ostatnich 6 miesięcy nie otrzymałam/em zaproszenia imiennego do udziału Ogólnopolskim Programie Badań Przesiewowych Raka Jelita Grubego
- nie zdiagnozowano u mnie nigdy nowotworu jelita grubego

Data Podpis pacjenta

I. Wywiad rodzinny	TAK	NIE
HNPCC lub FAP		
Nowotwór jelita grubego u co najmniej jednego krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci)		

Uwaga: Osoby w wieku 25-39 lat kwalifikują się do udziału w programie, jeżeli na pierwsze pytanie odpowiedziały TAK, natomiast osoby w wieku 40-49 lat – jeżeli na co najmniej jedno z ww. pytań odpowiedziały TAK

II. Objawy potencjalnie pozwalające na podejrzenie nowotworu jelita grubego	TAK	NIE
Obecność krwi w stolcu (nie dotyczy objawów choroby hemoroidalnej)		
Biegunka lub zaparcie o nieznanym przyczynie (w ciągu ostatnich kilku miesięcy)		
Spadek masy ciała lub anemia bez znanej przyczyny		

Uwaga: Do udziału w programie kwalifikują się osoby, które na wszystkie ww. pytania odpowiedziały NIE

III. Przeciwwskazania do wykonania kolonoskopii	TAK	NIE
Duży tętniak aorty		
Niedawno przebyty zawał serca (w ciągu ostatnich 3 miesięcy)		
Zator płucny		
Ciężkie zapalenie płuc		
Podejrzenie perforacji jelita lub niedrożność mechaniczna jelita		
Ciąża w II lub III trymestrze		
Inne		

Uwaga: Do udziału w programie kwalifikują się osoby, które na wszystkie ww. pytania odpowiedziały NIE

Kwalifikacja do uczestnictwa w badaniu przesiewowym	Pieczęć placówki	Pieczęć i podpis lekarza
TAK/NIE*		

* niewłaściwe skreślić

Załącznik 2

Karta uczestnika badań przesiewowych w „Programie wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Miasta Krosna w 2024 roku” (wzór)

Część A

I. Dane uczestnika programu

Nazwisko		Data urodzenia
Imię	 / /
Nr PESEL*		(dzień/miesiąc/rok)

II. Zgoda na wykonanie badania przesiewowego w kierunku RJG (kolonoskopia diagnostyczna zgodnie ze zleceniem lekarskim)

Zostałam/em poinformowana/y o znaczeniu pozytywnego testu i korzyściach oraz konsekwencjach wykrycia polipów gruczolakowatych lub nowotworu jelita grubego. Informacja przekazana mi przez lekarza była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. W trakcie rozmowy z miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania. Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym tekstem i **wyrażam zgodę na wykonanie badania przesiewowego w kierunku raka jelita grubego.**

.....
(data i podpis pacjenta)

Część B

Potwierdzenie wykonania kolonoskopii diagnostycznej

Data wykonania kolonoskopii	Wynik badania (prawidłowy/nieprawidłowy)	Wynik biopsji (jeżeli dotyczy)	Podpis lekarza

Skierowanie do dalszej diagnostyki/leczenia	Podpis pacjenta
TAK/NIE**	

* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

** niewłaściwe skreślić

Załącznik 3

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Miasta Krosna w 2024 roku” (wzór)

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg informacji zawartych w kartach uczestników przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy od do	Adresat: Urząd Miasta Krosna
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym

I. Etap I

Liczba wizyt lekarskich w Programie	Liczba wykonanych badań per rectum	Liczba kwalifikacji do badań przesiewowych	Liczba osób, u których uzyskano wzrost wiedzy w związku z edukacją zdrowotną (na podstawie pre-testu post-testu)

I. Etap II

Liczba wykonanych kolonoskopii	Liczba wyników nieprawidłowych	Liczba pacjentów z wykrytymi polipami gruczolakowatymi	Liczba pacjentów z podejrzeniem nowotworu

Liczba pobranych wycinków do badania histopatologicznego	Liczba potwierdzonych histopatologicznie nowotworów	Liczba stwierdzonych nowotworów w poszczególnych stopniach zaawansowania	Liczba osób skierowanych na dalszą diagnostykę/leczenie

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)

Załącznik 4

**Ankieta satysfakcji pacjenta - uczestnika „Programu wczesnego wykrywania nowotworów jelita
grubego wśród mieszkańców Miasta Krosna w 2024 roku” (wzór)**

I. Ocena sposobu umówienia terminu konsultacji lekarskiej i badania przesiewowego

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji?					
uprzejmość osób rejestrujących?					
uzyskanie podstawowych informacji nt. warunków udziału w programie?					
dostępność rejestracji telefonicznej?					

II. Ocena wizyty lekarskiej i przeprowadzania badania przesiewowego

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość lekarza?					
poszanowanie prywatności podczas wizyty?					
staranność i dokładność wykonywania badania?					
sposób przekazania informacji?					

III. Ocena warunków panujących w przychodni

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
czystość w poczekalni?					
wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)?					
dostęp i czystość w toaletach?					
wyposażenie gabinetu?					

IV. Dodatkowe uwagi/opinie:

--

Uzasadnienie

do projektu uchwały w sprawie uchwalenia Programu wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców Miasta Krosna na 2024 rok

Opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej, wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców należy do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Działania te wynikają z art. 7 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Przedmiotowy program polityki zdrowotnej stanowi kontynuację programu realizowanego w latach 2022-2023, który uzyskał pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Nowotwory jelita grubego, pomimo wysokiego miejsca w strukturze zachorowalności i umieralności z powodu schorzeń onkologicznych, należą jednocześnie do nowotworów, którym w znacznej mierze można zapobiegać. Prowadzenie badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego jest niezwykle istotne, ponieważ nowotwór ten rozwija się ze zmian łagodnych, których przemiana w postać złośliwą trwa zwykle kilkanaście lat.

Mając na uwadze powyższe oraz bardzo duże zainteresowanie mieszkańców Krosna badaniami w kierunku raka jelita grubego postanowiono kontynuować program w roku 2024.

Środki finansowe na realizację w/w programu w kwocie: 65 000 zł zostały zabezpieczone na podstawie uchwały Nr LXVI/1876/23 Rady Miasta Krosna z dnia 28 grudnia 2023 r. w sprawie uchwały budżetowej na 2024 rok w dziale: 851, rozdział: 85149 tytuł wydatku: Realizacja miejskich programów polityki zdrowotnej.